



Numero del niño de YFCI

## REGISTRO DE NIÑO DEL CACFP FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE

Su proveedor participa en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP) del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) administrado por el Massachusetts Department of Elementary and Secondary Education. Las comidas servidas tienen que reunir los requerimientos alimenticios establecidos por el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos del USDA. Para poder participar, su proveedor esta de acuerdo en seguir las directrices del USDA. El proveedor le suministrará a usted una copia de los requerimientos de los componentes de comidas y las porciones que tienen que ser servidas de acuerdo a la edad del niño. Una declaración medica de su medico es necesaria si su niño no puede comer un alimento requerido por el CACFP. En un esfuerzo para evaluar que estos requerimientos sean cumplidos, el USDA y CACFP requiere que los proveedores anualmente recojan la información de participación en lista abajo.

Favor de completar el formulario y devolverlo a su proveedor. Parte 1 y Parte 3 tienen que ser completadas por todas las familias o guardianes. Parte 2 tiene que ser completada SOLO si esta registrando a un infante (menor de 12 meses).

### PARTE 1: INFORMACION DE PARTICIPACION DEL NIÑO

|  |  |                                   |  |   |  |                 |  |            |  |
|--|--|-----------------------------------|--|---|--|-----------------|--|------------|--|
| Nombre del niño _____  |  | Apellido _____                    |  | Fecha de nacimiento _____/_____/_____   |  | M _____ F _____ |  | Sexo _____ |  |
| Horario que el niño asiste normalmente al hogar de cuidado<br>Por ejemplo 7:30 AM – 5 PM |  | Horas de: _____ a _____           |  | Marque (✓) los días que su niño normalmente asiste:   |  |                 |  |            |  |
|  |  |                                   |  | <input type="checkbox"/> Domingo <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado |  |                 |  |            |  |
| Niño de edad escolar<br>Horas que el niño asiste a la escuela.                           |  | Horas de clases de: _____ a _____ |  | Marque (✓) todas las comidas que usted quiere que su niño reciba mientras está en el hogar de cuidado:  |  |                 |  |            |  |
| Por ejemplo 8:00 AM – 3:00 PM  |  |                                   |  | <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Merienda AM <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Merienda PM <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Merienda Nocturna              |  |                 |  |            |  |
| Niño asiste todo el día durante días cerrados en la escuela:<br>_____ Si    _____ No     |  |                                   |  | Marque (✓) relación del niño al proveedor: _____  |  |                 |  |            |  |
|  |  |                                   |  | <input type="checkbox"/> No es relacionado<br><input type="checkbox"/> Relacionado, no residencial<br><input type="checkbox"/> Niño vive con proveedor  |  |                 |  |            |  |

### PARTE 2: NOTIFICACION DE COMIDAS DE INFANTE (nacimiento hasta 12 meses)

Comidas alimenticias que reúnen las directrices del USDA son servidas a todos los niños registrados en este programa, incluso de los niños menores de la edad de 12 meses. El proveedor tiene que reunir los requerimientos de los componentes de comida basado en la edad y desarrollo subrayado en el patrón de comida de infante. El proveedor le suministrará a usted una copia de los requerimientos mínimos de los componentes de comida y porciones que tienen que ser servidas de acuerdo a la edad del niño.

Yo entiendo que este proveedor de cuidado infantil en el hogar servirá una formula aprobada por el USDA \_\_\_\_\_ a mi infante.  
 (Nombre de la formula de infante fortificada con hierro)

Para ayudar a proporcionar el mejor servicio de alimentos para su niño, favor de completar la siguiente información.

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| SI USTED ALIMENTA A SU INFANTE CON FORMULA, FAVOR DE MARCAR (✓) UNA OPCION:   |  | SI USTED AMAMANTA A SU INFANTE, FAVOR MARQUE (✓):                                  |  |
| <input type="checkbox"/> Yo prefiero que mi proveedor suministre la formula ofrecida.<br><input type="checkbox"/> Yo suministraré la formula para mi infante. |  | <input type="checkbox"/> Yo suministraré leche materna (extraída) para mi infante. |  |

Yo entiendo que este proveedor de cuidado infantil en el hogar suministrará cereal de infante y alimentos para infantes mayores de 4 meses según su desarrollo y estén preparados para ello de acuerdo a los requerimientos del CACFP. Favor de marcar (✓) una opción.

Yo prefiero que el proveedor suministre el cereal de infante y los alimentos de infante. O  
 Yo suministraré el cereal de infante y los alimentos de infante para mi infante.

### PARTE 3: ACEPTACION Y FIRMA DEL PADRE O GUARDIAN

Derechos Civiles: Favor de indicar la identidad étnica y racial de sus niños al marcar la caja en CADA una de las categorías. Esta información es voluntaria y no afectará la elegibilidad de su niño. Esta información es coleccionada solo con el propósito de asegurar que todos reciban los beneficios del CACFP de forma justa.

- Identidad Étnica:  Hispano o Latino     No Hispano o Latino
- Identidad Racial:  Indio Americano/Nativo de Alaska     Asiático     Negro/Americano Africano     Nativo Hawaiano o Otra Isla Pacifica     Blanco

Padre/Guardián, Nombre en Letra de Molde \_\_\_\_\_ Fecha en que el Niño fue Registrado \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ # Apt \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono del Hogar \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Yo leí este formulario de Registro de Niño y pido que mi niño reciba los beneficios del CACFP mencionados arriba. Yo he recibido una copia de este formulario completado y el volante Construyendo Para El Futuro.

FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN \_\_\_\_\_ FECHA DE LA FIRMA \_\_\_\_\_  
 La fecha efectiva puede ser retroactiva al primer día que el niño participó en el CACFP, después que ocurra en el mismo mes que este formulario es recibido.

NOMBRE DEL PROVEEDOR \_\_\_\_\_ # DE PROVEEDOR \_\_\_\_\_

## Declaración de No Discriminación

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en:

[http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish\\_Form\\_508\\_Compliant\\_6\\_8\\_12\\_0.pdf](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf), y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

# Construyendo Para El Futuro

Esta facilidad participa en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Adultos y Niños (CACFP), un programa federal que provee comidas y meriendas sanas a los niños en guarderías infantiles.

Cada día más de 2.6 millones niños participan en el CACFP en guarderías infantiles y centros por la nación. Los proveedores son reembolsados para comidas y meriendas nutritivas que reúnen los requerimientos del USDA. El programa juega un rol vital en mejorar la calidad de cuidado de niños y ayuda mantener un costo moderado para familias de poco ingreso.

Comidas: Los hogares de cuidado de niños y guarderías infantiles en centros siguen los requerimientos de comidas establecidos por el USDA.

| 1 año hasta cumplir 13 años             |   |   |
|---|---|---|
| Desayuno                                | Almuerzo o Cena   | Meriendas (Dos de los cuatros grupos:)                                  |
| Leche<br>Fruta o vegetal<br>Grano o pan | Leche<br>Carne o alternativa de carne<br>Dos porciones diferentes de fruta o vegetales<br>Grano o pan | Leche<br>Carne o alternativa de carne<br>Fruta o vegetal<br>Grano o pan |

**USDA es un proveedor de oportunidad es iguales**

- Facilidades que participan
- Muchos hogares diferentes de cuidado infantil y centros operan el CACFP y comparten la misma meta de servir comidas y meriendas nutritivas a los participantes. Las facilidades que participan incluyen:
- **Centros de cuidado infantil:** Aprobados o con licencia, públicos o privados sin fines de lucro, programas de Head Start, y algunos centros de cuidado infantil con fines de lucro.
  - **Hogares de cuidado infantil:** Hogares privados aprobados o con licencia.
  - **Programas de cuidado de niños después de la escuela:** Centros en áreas de ingresos limitados que proveen meriendas gratuitas a niños de edad escolar y adolescentes.
  - **Asilos:** Asilos de emergencia que provén servicios de comidas a niños sin hogares.

- Elegibilidad
- Agencias estatales reembolsan las facilidades que ofrecen cuidado de niños que no son residenciales a los siguientes niños:
- niños de 12 años de edad y menores,
  - niños emigrantes de edad de 15 años y menores, y
  - adolescentes de la edad de 18 años y menores en programas de cuidado de niños después de la escuela en áreas necesitadas.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta acerca el CACFP, favor de contactar a Yours for Children, Inc. 1-800-222-2731. Agencia Estatal: Dept. of Elementary & Secondary Education, Office for Food and Nutrition Programs, 75 Pleasant Street, Malden, MA 02148-5023. Teléfono: 781-338-3000.

| 0 hasta 3 meses |   |
|-----------------|---|
| Desayuno        | 4 a 6 onzas fluida de IFIF* o leche materna |
| Almuerzo o Cena | 4 a 6 onzas fluida de IFIF* o leche materna |
| Merienda        | 4 a 6 onzas fluida de IFIF* o leche materna |

Requerimientos para las comidas de infantes

Reembolso para las comidas de infantes pueden contener leche materna o formula de infante fortificada con hierro, o ambos, suplido por el proveedor o padre. Cuando el infante este dispuesto según su desarrollo, el proveedor tiene que ofrecer una comida completa y apropiada de acuerdo al patrón de comida para infantes. La comida tiene que ser servida al infante por el proveedor.

Entre 8 hasta 12 meses, todos los componentes requeridos tienen que ser servidos. El padre puede suplir la formula o leche materna. El proveedor tiene que suplir por lo menos un componente requerido (sea formula o alimento para infante) para reunir el patrón de comida.

| 4 a 7 meses     |  |
|-----------------|--|
| Desayuno        | 4 a 6 onzas fluida de IFIF* o leche materna<br><u>Cuando este preparado según su desarrollo:</u><br>0 a 3 cucharadas IFIC**  |
| Almuerzo o Cena | 4 a 8 onzas fluida de IFIF* o leche materna<br><u>Cuando este preparado según su desarrollo:</u><br>0 a 3 cucharadas IFIC**<br>0 a 3 cucharadas de fruta y/o vegetal |
| Merienda        | 4 a 6 onzas fluida de IFIF* o leche materna  |

| 8 meses hasta 12 meses |  |
|------------------------|--|
| Desayuno               | 6 a 8 onzas fluida de IFIF* o leche materna<br>2 a 4 cucharadas IFIC**<br>1 a 4 cucharadas de frutas y/o vegetales   |
| Almuerzo o Cena        | 6 a 8 onzas fluida de IFIF* o leche materna<br>1 a 4 cucharadas de fruta y/o vegetal solido<br>2 a 4 cucharadas de IFIC** o carne, pescado, aves, yema de huevo, frijoles cocidos, o arvejas, o 1/2 a 2 onzas de queso, o 1 a 4 onzas de requesón, alimento de queso, o queso de esparza |
| Merienda               | 2 a 4 onzas fluida de IFIF* o leche materna o 100% jugo puro de fruta***<br><u>Cuando este preparado según su desarrollo:</u><br>0 a 1/2 tajada de pan enriquecido ó 0 a 2 galletas  |

\* Formula de Infante Fortificada con Hierro  
\*\* Cereal de Infante Fortificado con Hierro  
\*\*\* Jugo puro de fruta servido en una taza